別記様式第１号（第４条関係）

おむつに係る費用の医療費控除に関する主治医意見書内容確認申請書

年　　月　　日

池田町長　　様

確定申告の際のおむつに係る費用の医療費控除を受けるのが2年目以降であるので、主治医意見書のうち、＿＿＿＿年に使用したおむつに係る費用の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者欄</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>被保険者との関係</td><td colspan="2">☐ 被保険者本人
☐ 親族（続柄　　）
☐ 法定代理人</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住所等</td><td colspan="6">〒
電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">対象者（被保険者）欄（注）</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">被保険者番号</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">明・大・昭　　年　　月　　日</td><td>性　別</td><td colspan="2">男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>被保険者同意欄（注）</td><td colspan="7">私は、上記の申請者が次の者であることを証するとともに、池田町が保有する私の個人情報を、上記の申請者に提供することについて同意します。
☐ 私の親族（続柄　　）
本人（被保険者）署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（署名又は記名押印）
代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 続柄（　　）
代筆者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

（注１）申請者が被保険者本人である場合は、記入不要です。

（注２）申請者が被保険者本人又は法定代理人でない場合に、署名して下さい。被保険者本人の身体上の理由等により自署ができない場合は、申請者による代筆をもって、本人自署に準ずるものとして取り扱うものとします。